

Partie à compléter pour l'inscription d'un Enfant :

Nom – prénom.....

Date de naissance

féminin masculin

- J'autorise la Ville de Hem à utiliser les photographies ou vidéos de mon enfant sur des supports de communication
- Je n'autorise pas la Ville de Hem à utiliser les photographies ou vidéos de mon enfant sur des supports de communication
- *****
- J'autorise mon enfant à rentrer seul à la maison aux horaires de fermeture de l'école, de la garderie, où des différentes activités auxquelles il est inscrit
- Je n'autorise pas mon enfant à rentrer seul à la maison aux horaires de fermeture de l'école, de la garderie où des différentes activités auxquelles il est inscrit

Partie à compléter pour l'inscription d'un Adulte (arts plastiques)

Nom – prénom.....

Date de naissance

féminin masculin

- j'autorise la Ville de Hem à utiliser les photographies ou vidéos me concernant sur des supports de communication
- Je n'autorise pas la Ville de Hem à utiliser les photographies ou vidéos me concernant sur des supports de communication

Partie à compléter pour l'inscription d'un enfant :

Ecole fréquentée à la rentrée de septembre 2018:.....

Niveau scolaire de l'élève à la rentrée 2018 :.....

- Très petite section Petite section Moyenne section Grande section
- CP CE1 CE2 CM1 CM2 CLIS

Parties à compléter pour l'inscription d'un enfant :

MEDECIN TRAITANT

Nom – Prénom : Téléphone :

Adresse : Ville :

Enfant rattaché à la Sécurité Sociale du : du père de la mère

L'enfant suit-il un traitement médical pendant l'accueil de loisirs
Si oui, fournir une ordonnance du médecin

L'enfant souffre t-il :

D'allergies alimentaires oui non

D'allergies médicamenteuses oui non

D'asthme oui non

De diabète oui non

De migraines oui non

De handicap oui non

Si oui lequel ?

D'une autre pathologie, si oui laquelle ?.....

Mon enfant sait nager : oui non

Recommandations de la famille :

Je soussigné,, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'activité à prendre le cas échéant toutes mesures (traitement médical, intervention chirurgicale, hospitalisation) rendues nécessaires.

Fait à le.....

Signature des représentants légaux